

**INFORME DE CAMBIOS EN LOS INGRESOS DEL FOODSHARE WISCONSIN**  
**FOODSHARE WISCONSIN INCOME CHANGE REPORT**  
 (Ingresos presentados bajos)

(Dirección de la agencia del condado)
---------------------------------------

La información de identificación personal será usada solo para la administración directa de *FoodShare Wisconsin*.

Su nombre	Número de caso	Nombre del trabajador
-----------	----------------	-----------------------

Si el total de los ingresos brutos mensuales en su hogar es mayor que el límite establecido de ingresos, según se demuestra a continuación, informe el cambio a su trabajador antes del día 10 del próximo mes. Para informar el cambio, complete este informe y envíelo por correo o llévelo a la oficina que se menciona en el casillero de arriba, o bien comuníquese con su trabajador por teléfono o en persona. Algunas agencias le pueden pedir que informe cambios en un centro de cambio, si la agencia dispone de uno, en vez de a su trabajador.

Por ejemplo: Usted comienza a trabajar en un nuevo empleo el día 1º de agosto por medio del cual percibe un ingreso mayor al actual y en su caso hay tres personas que reciben beneficios de *FoodShare*. Si el total de los ingresos brutos\* mensuales en su hogar en agosto es mayor que el límite de ingresos establecido de \$1,799, debe informar el cambio a su trabajador del programa *Foodshare* antes del día 10 de septiembre.

\*El total de ingresos brutos es todo ingreso (de trabajo o salario e ingresos no salariales) recibido por cualquier miembro de su familia antes de efectuar las deducciones correspondientes a impuestos y retenciones.

**LÍMITE DE INGRESOS MENSUALES ESTABLECIDO PARA EL AÑO 2006\***

Cantidad de personas que viven en el hogar	Límite de ingreso mensual	Cantidad de personas que viven en el hogar	Límite de ingreso mensual
1	\$1,062	6	\$2,904
2	\$1,430	7	\$3,272
3	\$1,799	8	\$3,640
4	\$2,167	9	\$4,009
5	\$2,535	10	\$4,378

\*Estos montos de ingresos se basan en las pautas federales de pobreza para el año 2006, las cuales incrementan un pequeño porcentaje en octubre de cada año.

**CAMBIO EN LOS INGRESOS DE TRABAJO Y SALARIALES**

Nombre de la persona que trabaja		Empleador	
Tarifa de pago por hora \$	Horas por semana	Frecuencia de pago	Fecha del primer pago

**CAMBIO EN LOS INGRESOS NO SALARIALES**

(Ejemplos de ingresos no salariales son beneficios de Social Security, pagos del W-2, beneficios de huelga, sustento de menor y manutención.)

Nombre de la persona que recibe ingresos no salariales	Fecha del cambio en los ingresos
Fuente de ingreso	Nuevo monto mensual

**CAMBIO EN LOS INGRESOS NO SALARIALES**

(Ejemplos de ingresos no salariales son beneficios de Social Security, pagos del W-2, beneficios de huelga, sustento de menor y manutención.)

Nombre de la persona que recibe ingresos no salariales	Fecha del cambio en los ingresos
Fuente de ingreso	Nuevo monto mensual

**CÁLCULO DE INGRESOS**

Use este espacio para calcular el monto total de ingresos brutos mensuales en su hogar.

Número de personas que viven en su hogar \_\_\_\_\_  
Total de ingresos brutos de trabajo y salario \_\_\_\_\_  
Total de ingresos brutos mensuales no salariales + \_\_\_\_\_  
Total de ingresos brutos mensuales en su familia = \_\_\_\_\_

Mes del cambio \_\_\_\_\_ Total de ingresos brutos mensuales en su familia de la parte arriba \$ \_\_\_\_\_

¿Cree que los cambios que ha informado en este formulario seguirán vigentes el próximo mes?  Sí  No

En caso de que responda no, explique. (Si necesita más espacio, utilice la sección "Otros Cambios.")

**Gastos:** Comprendo que los gastos que yo informe, tales como los gastos de vivienda, servicios, guardería, sustento de menores o costos médicos, pueden influir en el nivel de beneficios de *FoodShare* que mi familia reciba. Comprendo que la falta a informar o verificar un gasto significa que no deseo recibir la deducción correspondiente.

**Reducción de ingresos:** Comprendo que, si bien no estoy obligado a informar acerca de una reducción o pérdida de ingresos, si lo hago podría recibir un aumento en mi beneficio de *FoodShare*. Además, comprendo que si no informo acerca de una reducción o pérdida de ingresos mensuales en mi hogar, no recibiré ningún tipo de aumento en mi beneficio de *FoodShare*.

### ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELATIVAS A FOODSHARE

Ningún miembro de su familia que intencionalmente realice alguna de las acciones mencionadas a continuación podrá acceder al programa *FoodShare Wisconsin* por un período de 12 meses después de la primera infracción, por un período de 24 meses en caso de una segunda infracción o de la primera si involucra sustancias controladas y permanentemente en caso de una tercera infracción. Tales acciones son:

- el suministro de información falsa o el encubrimiento de información para obtener los beneficios de *FoodShare*;
- el intercambio comercial, la venta o alteración de los beneficios de *FoodShare*;
- el uso de los beneficios para la compra de artículos no alimenticios, como alcohol o tabaco, o
- el uso de los beneficios, la tarjeta de identificación o cualquier documentación de otra persona.

Según el valor de los beneficios utilizados incorrectamente, el individuo podrá, además, ser multado por un valor de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años o ambas cosas. Además, una corte puede denegarle el acceso al programa por un plazo adicional de 18 meses. Asimismo, será permanentemente inhabilitado si se le condena por tráfico de beneficios de *FoodShare* por un valor de \$500 o más. Si se descubre que usted ha informado o declarado fraudulentamente sobre su identidad y residencia a fin de recibir más de un beneficio al mismo tiempo, no podrá tener acceso al programa por un plazo de 10 años. Los evasores de la justicia o transgresores de la libertad condicional o vigilada no son elegibles para el programa. El individuo, además, podría ser procesado en función con otras leyes federales aplicables.

Si usted intencionalmente no informa algún aumento de ingresos, como se le exige, o si proporciona información falsa podría ser multado, tener que pagar todos los beneficios de *FoodShare* que haya recibido incorrectamente, ser pasible de acción judicial, o todas de estas tres cosas.

Entiendo que se aplican sanciones por encubrir información o por suministrar información falsa. Convengo en presentar evidencias de cualquier cambio si se me requiriera hacerlo. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas, según mi leal saber y entender.

### NOTIFICACION DE NINGUNA DISCRIMINACIÓN

Si usted tiene alguna discapacidad y necesita acceder a esta información en un formato alternativo o en otro idioma, llame al (608) 266-3356 (voz) o al 1-888-701-1251 (TTY).

Si tiene preguntas acerca de derechos civiles, llame al (608) 266-9372 (voz) o al 1-888-701-1251 (TTY). De acuerdo con la leyes federales y las regulaciones del *U.S. Department of Agriculture*, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, origen, sexo, edad, religión, creencias políticas, o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al 1-1800-795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TDD). USDA es un empleador y proveedor de servicios que adhiere a las prácticas de oportunidades igualitarias en el lugar de trabajo.

FIRMA – Participante/Representante Autorizado	Fecha de la firma	Número de teléfono diurno
---	-------------------	---------------------------

**OTROS CAMBIOS**

---